
Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **OLIVEIRO DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180533593**
Vítima: **OLIVEIRO DE ARAUJO**
Data do Acidente: **12/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180533593**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180533593

Vítima: OLIVEIRO DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OLIVEIRO DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

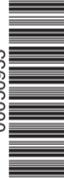
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180533593

OLIVEIRO DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OLIVEIRO DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180533593

Vítima: OLIVEIRO DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

01999398459

Nome completo da vítima

José de Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José de Araújo	01999398459	Receuse
Endereço	Número	Complemento
Rua Prefeita	65	
Bairro	Cidade	Estado
Oceania	Caledes	PB
Email	COMPREV	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

12 NOV. 2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0039		8451914	

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
---------------	------

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
-----------------	-----	---------------	-----

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

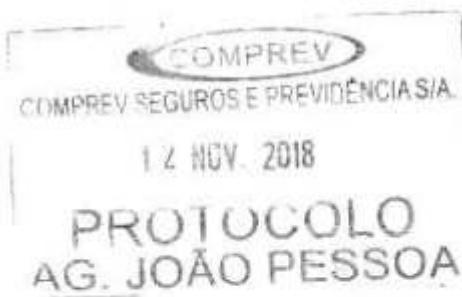
José Pessoa de Novembro de 2018

Local e Data

José de Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180533593
Nome do(a) Examinado(a): Oliveira de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): R Projetada, 65
Jardim Manguinhos Cabedelo PB CEP: 58103-554
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PA] 3279294
Data local do acidente: [12/05/2018]
Data local do exame: [04/01/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO . FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

Data da Alta: 22/11/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna ESQUERDA, EDEMA RESIDUAL NO TORNOZELO ESQUERDO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA Perna ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518
CPF - 456.814.654-20

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02044.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02044.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:42 horas do dia 25 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Oliveira de Araújo, CPF nº 019.993.984-59, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Aline Pedro da Silva e Francisco Gomes de Araújo, natural de Alagoinha/PB, nascido(a) em 03/03/1973 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projeta, N° 65, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Antiga Fábrica Jacaré, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98692-7406.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua Jair Cunha Cavalcante, Ponto Final de Ônibus, Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/05/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

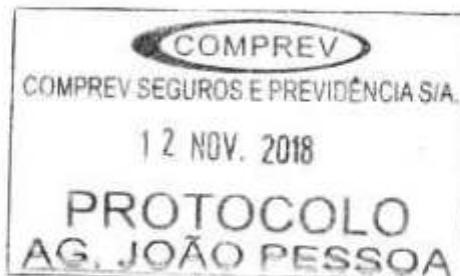
QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/ NXR 160 BROIS ESDD de cor vermelha, placa: QFJ 0589/PB, chassi nº 9C2KD0810FR205936, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo seguia normalmente quando a moto em que estava veio a derrapar no asfalto vindo a perder o controle e cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1406/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 27.03.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 25 de outubro de 2018.

JOSE-SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

OLIVEIRO DE ARAÚJO
Noticiante



Procedimento Policial: 02044.01.2018.1.00.420



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02044.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02044.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:42 horas do dia 25 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Oliveira de Araújo, CPF nº 019.993.984-59, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Aline Pedro da Silva e Francisco Gomes de Araújo, natural de Alagoinha/PB, nascido(a) em 03/03/1973 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projeta, N° 65, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Antiga Fábrica Jacaré, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98692-7406.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Jair Cunha Cavalcante, Ponto Final de Ônibus, Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/05/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

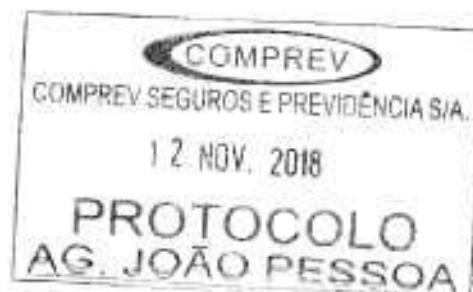
QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/ NXR 160 BROIS ESDD de cor vermelha, placa: QFJ 0589/PB, chassi nº 9C2KD0810FR205936, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo seguia normalmente quando a moto em que estava veio a derrapar no asfalto vindo a perder o controle e cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1406/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 27.03.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 25 de outubro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

OLIVEIRO DE ARAÚJO
Noticiante



Procedimento Policial: 02044.01.2018.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Olívia de Araújo

CPF da Vítima

019 993 984 59

Data do Acidente

12/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias ao respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Pessoa, 12 de Novembro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIASIA
12 NOV. 2018
PROTOCOLO
AO JORGE PESSOA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Olívia de Araújo

CPF da Vítima

019 993 984 59

Data do Acidente

12/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias ao respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Pessoa, 12 de Novembro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIASIA
12 NOV. 2018
PROTOCOLO
AO JORGE PESSOA

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JQAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Hora: 19:54:03

Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO DI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 3

Nome: OLIVEIRO DE ARAUJO

Num. Frontuario: 2017.10.002199

CNS: 702602224848841 Sexo: M IDENTIDADE: 3279294 Fone: 986927406 / 987368606
Natural: ALAGOINHA/PB Data Nasc.: 03/03/1973 Id: 45 ano(s)

(Esposa)

End.: RUA PROJETADA - CASA - PX. ANTIGA FABRICA JACARE - JD. OCEANIA, 65

Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF :PB

Mae: ALINE PEDRO DA SILVA

Pai: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: OLIVEIRO DE ARAUJO

Tel/Doc. Responsavel: 986927406 / IDENTIDADE: 3279294

Pr dencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO EM JACARE AS 19:00H

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PA: | <input type="checkbox"/> FR: | <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> FC: | <input type="checkbox"/> TP: | <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Peso: | <input type="checkbox"/> Altura: | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Glicemias: | <input type="checkbox"/> IMC: | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Circ. Abd: | <input type="checkbox"/> O2%: | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| | | <input type="checkbox"/> Vomito | |

Qu a Principal

FRATURA EXPOSTA EM MIE

Observacao **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

12 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU, vitima de acidente de motocicleta, com capacete, a jado, apresentando fratura exposta de perna esquerda (agente equipado APH)
Vaga perdida da consciência ou vómito. Gorgas 15.

Diagnóstico

Conduta Atendimento inicial

Calendário vacinal atualizado (SIC)

Rx de prua e + avaliação da Ort

Alergia: Neg

Altas da Cir. Gral

Prescrição

Horário da medicacão

Dipirona 1g + AD EV agna

1) Cofeswona 1g - 2AD/35

21/10 Busto Curv Perna curv CRN: 10

Dr. Thales
Médico
CRM: 8799

JL Marcella
CRM: 9

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Assinatura da Enfermagem | Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Severina Barbosa da Cunha

COMPREV
do Paciente/Responsável
COMPREV SEGURUSET REVISCENCIAS A.S.A.
12 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OLIVEIRO DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000014519-4

Nr. da Autenticação 519A556B03BF85A8

SILWERTON BARBOSA DE ARAUJO
RUA PRAIA D'ÁGUA, 65 - Apto Cobertura
CABOPOLO - RJ - CEP: 28.000-000 (AG. 11)

Emissor: 19/10/2018 Referência: Set/2018
Classe: Unico RESIDENCIAL/RESIDENCIAL/PLANO/OPACO/BIG01 KM05 - Cada: Recuperador, Lata, Pessoal, Ribeirão Preto, SP - CEP: 14040-000
Poder: 113 - 242 - 320 - 17169001-00000001-000

ENERGISA SISTEMA DE ENERGIA S/A
Energia Elétrica, Gás Natural e Água
CNPJ: 15.928.183/0001-14 - CNPJ: 15.216.021/0001-07
Nota Fiscal: 00016371291
Cód para Dib. Automatizadas: 00016371291

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	19/10/2018	20/11/2018	128.664.384-85 Int. 864

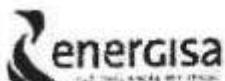
UC (Unidade Consumidora): 5/1637626-1

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
18/10/18	19/10/18	9164	178	30
Demonstrativo				
Consumo Total: 178.000 kWh Cálculo: Atual constante Bauru Des. Pura: Côn. (R) Trecho Tensão: Côn. (R) Côn. (R) Facilite (R) 0,17294 (0,09149)				
0001 - Descrição	178.000	0.825800	148.99	140.82
0001 - Consumidor	178.000	0.825800	148.99	140.82
0001 - Adm. B. Verifica	178.000	0.825800	148.99	140.82
0001 - Adm. B. Verifica	178.000	0.825800	148.99	140.82
0001 - LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS	178.000	0.825800	148.99	140.82
0001 - CONTRIBUIÇÃO UMPLEUDA	178.000	0.825800	148.99	140.82



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento para efetuar pagamento de conta

Termos para pagamentos em sua fatura ou no site da Energisa: www.energisa.com.br N° 012.740.677

DADOS DO CLIENTE:

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA QUARTO 1ST SALA 05
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

20/09/2018

CONSUMO

192

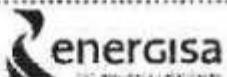
VENCIMENTO

27/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

Acesse: www.energisa.com.br



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotina: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

27/09/2018

R\$ 178,94

MATRÍCULA

1698358-2018-09-8

14 NOV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.500.774-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Oliverio de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.993.984-51 do sinistro de DPVAT cobertura intimidade da Vítima Oliverio de Araujo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.993.984-51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

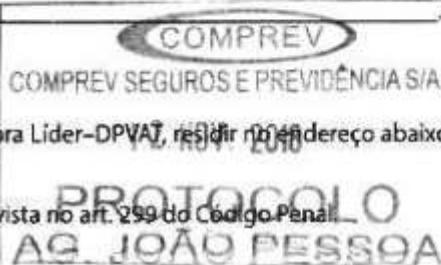
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Enderéco	Cidade	Número	Complemento
<u>Av. Dom Joaquim de Oliveira - Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>157</u>	
<u>Bairro</u> <u>Mangabeira</u>		<u>RB</u>	<u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)



J. Pessoa 30 de outubro de 2018
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 1406/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 127668 e Prontuário Nº 2017.10.002199 pertencentes a **OLIVEIRO DE ARAUJO** que foi atendido dia 12/05/2018 às 19H54min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/05/2018 com alta médica dia 04/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018



Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

CERTIDÃO

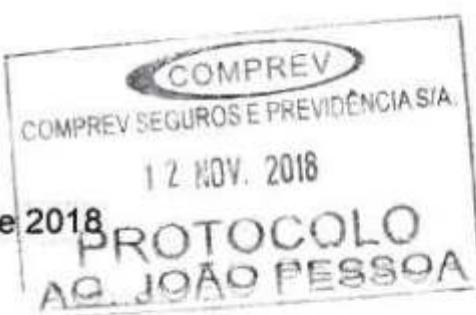
Nº. 1406/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 127668 e Prontuário Nº 2017.10.002199 pertencentes a **OLIVEIRO DE ARAUJO** que foi atendido dia 12/05/2018 às 19H54min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/05/2018 com alta médica dia 04/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

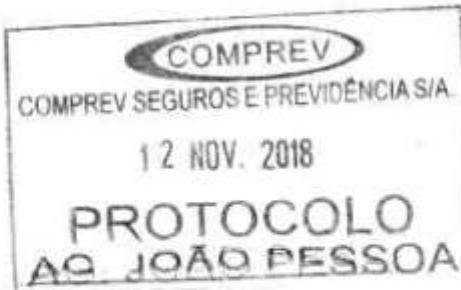


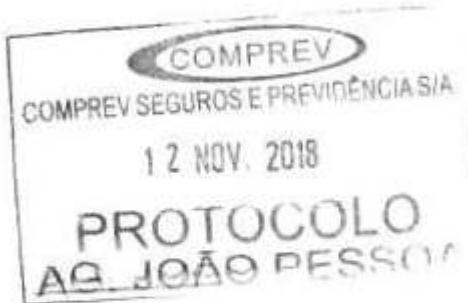
Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

 <small>INTERPOINT LTD/04</small>	<p>Nome: OLIVEIRO DE ARAUJO</p> <p>DOC. IDENTIDADE: OAB-PB 3279294 Série: PB</p> <p>CPF: 019.993.984-59 DATA Nascimento: 03/03/1973</p> <p>NOME: FRANCISCO GOMES DE ARAUJO ALINE PEDRO DA SILVA</p> <p>PERNAMBUCO ACC CAT/MAIS A</p> <p>Nº REGISTRO: 05486260625 VALORADO: 09/12/2021 1ª HABILITACAO: 09/05/2012</p> <p>VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>1405268949</p> <p>PROIBIDO PLASTIFICAR</p> <p>1405268949</p> <p>OBRAZO de Oliveira Araujo <small>ASSINATURA DO PORTADOR</small></p> <p>Local: JOÃO PESSOA, PB Data Emissão: 13/12/2016</p> <p>95564323355 PB033720070</p> <p>X X DETRAN PB (PARAIBA)</p>
COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 12 NOV. 2018 PROTOCOLO A JOÃO PESSOA	





PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533593 **Cidade:** Cabedelo
Vítima: OLIVEIRO DE ARAUJO **Data do acidente:** 12/05/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna ESQUERDA, EDEMA RESIDUAL NO TORNOZELO ESQUERDO, HIPOTROFIA MUSCULAR DA Perna ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA TIBIA ESQUERDA, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA Perna ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411809/18

Número do Sinistro: 3180533593

Vítima: OLIVEIRO DE ARAUJO

Data do acidente: 12/05/2018

CPF: 019.993.984-59

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OLIVEIRO DE ARAUJO

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/12/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA